

Harry Köhler, Päivi Rautava ja Ville Vuorinen

Lääkäri viestii, potilas oppii

JOHDANTO. Viestintä on lääkärille hoidon työväline. Tarkastelemme lääkärin viestintää ja sen vaikutuksia potilaaseen konstruktiiivisen oppimisen näkökulman avulla.

MENETELMÄ. Tutkimusote on laadullinen. Tutkimusta varten seurattiin kuuden erikoislääkärin ja 36 potilaan vastaanottokeskusteluja. Lisäksi lääkäreitä ja potilaita haastateltiin, potilaita myös viivästetysti. Viisi vastaanottokäyntiä otettiin tarkasteluun tapaustutkimuksena.

TULOKSET JA PÄÄTELMÄT. Useissa vastaanottotilanteissa tunnistettiin reflektio-konstruktio-malli: potilas reflektoi vastaanoton kokemuksia ja rakentaa itselleen toimintatavan, jolla tukee (tai on tukematta) hoitoa ja kuntoutumistaan. Tutkimusaineistossa kiinnittää huomiota se, että lääkäri voi muutamalla kysymyksellä tai potilaan elämän arjen näkökulmalla käynnistää potilaassa reflektoinnin, joka vaikuttaa hoitoon. Se voi olla lääkärille hoidon onnistumisen tärkeä apu, joskus jopa välttämätön edellytys.

Viestintä on lääkärille tärkeä työväline. Sellainen lääkärin viestintä, joka tukee potilaiden kuntoutumista, on hyvää ja vastuullista. Onnistunut lääkäri-potilaskoh- taaminen on potilaalle oppimiskokemus, jota voidaan tarkastella ja arvioida oppimisen kriteerein (1).

Potilas suhteuttaa vaivan tai sairauden elä- mänkulkuunsa (2,3). Ihminen on moniker- roksellinen henkinen ja fyysinen kokonaisuus, jota voidaan sen eri rakenteissa ja tasoilla tutkia fysikaalisin, kemiallisin ja psykologisin havain- noin. Ihmisyksilö kuuluu osasysteeminä isom- piin systeemeihin kuten perhe, työyhteisö, har- rastuspiiri, kansallisuus ja niin edelleen. Kaikki nämä tasot ja rakenteet vaikuttavat omalta osaltaan siihen, miten ihminen voi, mitä hän haluaa, mitä hän osaa ja miten hän toimii (3). Vastaanotolla lääkärin ja potilaan keskustelussa kuuluu kaksi puhumisen tapaa (2,3). Lääketie- teen ääni tarkoittaa objektiivisuuteen pyrkivää tieteellistä näkökulmaa potilaan vaivaan ja sen hoitoon. Elämismaailmalla tarkoitetaan poti- laan elämän ja arjen subjektiivista kokemista ja ymmärtämistä. Lääkäri saa tietoa potilaasta ja hänen vaivastaan diagnoosia ja hoitopäätöstä varten. Potilas saa tietoa ja kokemuksia, jotka

vaikuttavat hänen asennoitumiseensa sairaut- taan tai vaivaansa kohtaan ja kykyynsä ja ha- luunsa edistää hoitoaan ja kuntoutumistaan. Potilaan kannalta katsottuna tällaiset lääkärin ja potilaan kommunikoinnin vaikutukset voidaan nähdä oppimisprosessina (4).

Viime vuosisadalla mekanististen oppimis- käsitysten vaihtoehtoina nousivat humanis- tiset, ihmisen omaan tiedon rakentamiseen perustuvat näkemykset, joissa oppijalla on aktiivinen rooli. Konstruktiiivisen oppimis- käsityksen mukaan oppija valikoi ja tulkitsee informaatiota, jäsentää sitä aiemman tietonsa pohjalta ja siihen nivoutuvana sekä rakentaa kokemustensa välityksellä kuvaa maailmasta ja itsestään tämän maailman osana (5,6). Opetta- miseen, kuten viestintään yleensäkin, pätee se, että yksinään sanat ja yhteinen kieli eivät riitä, vaan tarvitaan myös yhteistä viitekehystä, jonka puitteissa viestintä tulkitaan (5).

Uuden informaation ja kokemusten käsittely saa oppijassa aikaan reflektoinnin, joka tarkoi- ttaa omien kokemusten ja uskomuksien tutki- mista, tavoitteena uuden tiedon rakentaminen tai uusien näkökulmien löytäminen (7).

Monissa tutkimuksissa on osoitettu, että potilas muistaa vastaanotolla saamastaan in-

TAULUKKO 1. Oppimisen taksonomia (10) (Bloomin taksonomian mukaan, muokattu).

Tiedollinen oppiminen
Tietää ohjeistuksen
Ymmärtää ja soveltaa
Arvioi ja uudistaa
Tunneoppiminen
Vastanottaa ohjeistuksen
Hyväksyy
Sisäistää ja priorisoi
Toimintaoppiminen
Suorittaa mallin mukaan
Toimii oma-aloitteisesti
Toimii rutiinimaisesti

formaatiosta vain vähäisen osan. Jopa 80 % vastaanotetusta informaatiosta saattaa unohtua välittömästi keskustelun päätyttyä (8,9). Viestinnän perillemenon tai vaikuttavuuden kannalta muistaminen on kuitenkin epätarkka yleistys ja kriteerinä puutteellinen. Oppimisen taksonomian mukaisesti potilaan mahdolliseen oppimiskokemukseen voi muistamisen lisäksi sisältyä kyky ymmärtää ja soveltaa muistamaansa sekä sen arvioiminen ja uudistaminen omassa tilanteessa (**TAULUKKO 1**) (10). Tunnetasolla potilas voi ohjeistuksen vastaanottamisen lisäksi hyväksyä, sisäistää ja priorisoida omassa arjessaan hoito-ohjeet ja muun vastaanotolla saamansa tiedon. Sen lisäksi, että potilas noudattaa ohjeita mallin mukaan, saavutettavissa voi olla oma-aloitteinen ja rutinoitunut toiminta hoidon ja kuntoutumisen hyväksi. Jos tavoitteeksi asetetaan pelkästään lääkärin välittämän tiedon muistaminen ja vain sitä mitataan, suurin osa viestinnän mahdollisesta vaikuttavuudesta potilaaseen jää huomiotta.

Muutokseen ryhtyminen vaatii voimaa. Oppimisprosessin ansiosta vahvistuvat sitoutuminen, vastuun ottaminen ja itseluottamus tuottavat muutokseen tarvittavaa voimaantumista (11).

Tässä tutkimuksessa selvitimme, miten oppimisnäkökulma soveltuu lääkärin viestinnän vaikuttavuuden ymmärtämiseen ja vaikuttavuuden tekijöiden tunnistamiseen konstruktivisen oppimisnäkömyksen ja potilaan reflektoinnin avulla.

Aineisto ja menetelmät

Aikavälillä kesäkuusta 2015 kesäkuuhun 2016 seurattiin yhden keuhkolääkärin ja viiden ortopedin vastaanottoja ja näillä käyneitä yhteensä 36:ta potilasta. Johtajaylilääkärin ehdotuksesta valittiin nämä erikoisalat edustamaan konservatiivisia ja operatiivisia aloja. Lääkärit valittiin ylilääkärien ehdotuksesta. Tutkijan pyyntö oli saada mukaan lääkäreitä, joiden työ on vastaanottopainotteinen ja sellainen, että potilasta vastaanoton seuranta on mahdollinen. Potilaat valikoituivat vastaanottoaikojen mukaan. Aineistonkeruuta varten tutkija oli mukana vastaanottohuoneessa ja seurasi ja äänitti keskustelut. Potilaita haastateltiin heti vastaanoton jälkeen ja viivästetysti, kun vastaanotosta oli kulunut 8–16 viikkoa. Ensimmäinen haastattelu äänitettiin, toisesta haastattelusta tehtiin muistiinpanot. Lääkäriä haastateltiin kerran vastaanottojen jälkeen. Äänitteet litteroitiin. Viitekehyksestä johdettiin aineiston käsittelyä varten näkökulmia, joiden avulla aineistosta poimittiin ja ryhmiteltiin sitaatteja. Reflektioita, voimaantumista ja toimintaan ryhtymistä kuvaavia, selittäviä tai vahvistavia sitaatteja havaittiin erityisesti kymmenessä näkökulmassa (**TAULUKKO 2**). Potilaan reaktiot luokiteltiin merkeillä + (positiivinen vaikutus hoitoon), 0 (ei vaikutusta), – (negatiivinen vaikutus hoitoon).

Vastaanottojen havainnoinneissa kiinnitettiin huomiota siihen, miten potilaat suhtautuivat lääkärin välittämiin viesteihin ja minkälaisia toimintamalleja he rakensivat itselleen kuntoutumistaan varten. Viitekehyksestä johdettujen näkökulmien avulla pyrittiin tunnistamaan yhdenmukaisuuksia ja tyypillisyyksiä lääkärin toiminnan ja potilaan reaktioiden välillä. Tutkimus suoritettiin kaksivaiheisena. Ensimmäisessä vaiheessa tarkasteltiin koko aineistoa, jonka perusteella luotiin potilaan reflektio-konstruktioprosessi (**KUVA 1**). Prosessin syvempää tarkastelua varten koko aineistosta valittiin viisi sellaista tapausta, joissa tuo prosessi havaittiin selvimmin. Näitä tarkasteltiin toisessa vaiheessa monitapaustutkimuksena, tavoitteena tunnistaa reflektio-konstruktioprosessiin vaikuttavia tekijöitä.

TAULUKKO 2. Vastaanottokeskustelujen ja haastatteluvastausten sitaattien luokittelu.

Näkökulma	Selitys
Lääkärin kartoituskysymyksiä	Kysymyksiä, joilla lääkäri selvittää potilaan tilannetta ja odotuksia
Lääkärin huomio elämismailmaan	Lääkäri kohdistaa huomiota potilaan elämään ja arkeen tai henkilökohtaisiin arvo- tuksiin kyselemällä potilaalta tai kommentoimalla potilaan kertomiin asioihin.
Lääkärin muu merkityksellistä- minen	Lääkäri kertomalla ja kyselemällä auttaa potilasta ymmärtämään sairautta tai vai- vaa ja hoidon mahdollisuuksia.
Reflektio: vaiva, hoito, lääkäri	Potilaan huomio ja pohdinta kohdistuu vaivaan ja sen hoitoon tai lääkäriin
Reflektio: elämä, arki, merkitys	Potilaan huomio kohdistuu mahdollisuuksiin, joita haluaa tervehtymisen kautta saavuttaa
Indikoi potilastyytyväisyyttä	Mainintoja, jotka kuvastavat tyytyväisyyttä lääkäriin, vastaanottotapahtumaan tai terveydenhuoltoon yleensä.
Indikoi voimaantumista	Mainintoja, jotka kuvastavat potilaan halua ja itseluottamusta oman kuntoutumi- sen edistämiseen
Toimintasuunnitelma	Potilaan toimintasuunnitelma, jolla aikoo edistää kuntoutumistaan
Hallinnan tunteen kesto	Viivästetyssä haastattelussa (8–16 viikkoa vastaanoton jälkeen) potilaan ilmaisema luottamus ja tunne kuntoutumisen edistymiseen hallitusti
Muu huomio	

Sairaanhoitopiirien päätöksillä tutkimuslu-
vat eivät edellyttäneet eettisen toimikunnan
lausuntoa, koska tutkijan läsnäolo ja toiminta
vastaanotoilla ei vaikuttanut hoitopäätökseen
ainakaan siinä mielessä, että tutkija olisi puut-
tunut hoitoon tai sen suunnitteluun mitenkään.
Potilaat saivat informaation tutkimuksesta sekä
suullisesti että kirjallisesti ja allekirjoittivat
suostumuslomakkeen.

Tulokset

Koko aineistosta tehtävät päätelmät. Potilai-
den sairauksien vakavuudessa ja potilaiden vas-
taanottavuudessa vastaanotolle tullessa oli ero-
ja, ja potilaat reagoivat vastaanottotilanteeseen
vaihtelevasti. Osa potilaista sanoi saaneensa
lääkärin vastaanoton ansiosta rohkeutta, virtaa
tai luottamuksen tunnetta ja ryhtyneensä jo-
honkin suoritukseen, esimerkiksi taloremont-
tiin, jota ei ollut ennen vastaanottoa kuntonsa
vuoksi arvannut tehdä.

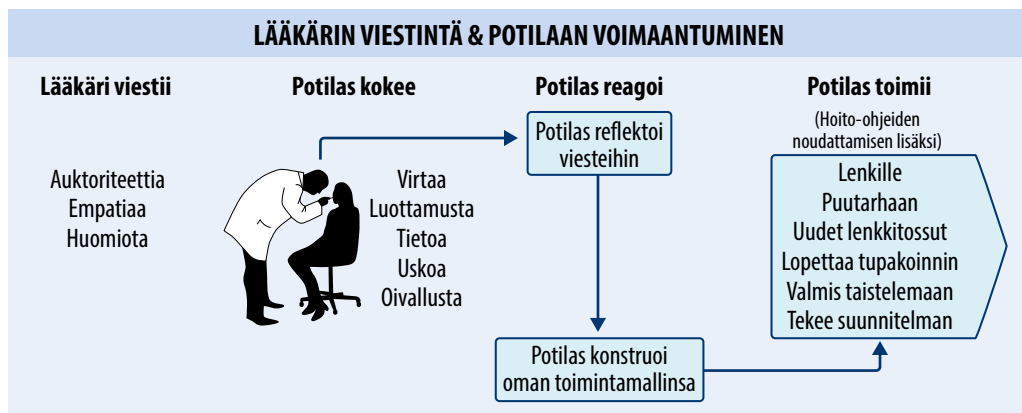
Potilastapausten seurannan perusteella ra-
kennettiin potilaan reflektio-konstruktiopro-
sessi (KUVA 1). Se tarkoittaa, että kukin potilas
reflektoi lääkärin viestintään omalla tavallaan
ja rakentaa (konstruoi) oman toimintamallin-
sa, jonka mukaan tulee toimimaan hoitojakson

ajan. Toimintamalli voi olla hoidon kannalta
hyödyllinen mutta myös haitallinen.

Puolessa vastaanottotilanteista (18/36) lää-
käri kiinnitti huomiota potilaan elämismail-
maan tai muuhun potilaalle tärkeään merkityk-
seen (KUVA 2 ja INTERNETLIITE 1). Verrattaessa
niihin vastaanottoihin, joissa lääkäri ei osoitta-
nut edellä mainittua huomiota, potilaan ilmai-
sema tyytyväisyys ja voimaantuminen, potilaan
toimintatavan konstruointi sekä viivästetyssä
haastattelussa potilaan ilmaisema hallinnan
tunne kuntoutumistaan kohtaan esiintyivät
yleisemmin.

Seuraavat havainnot tehtiin lähes ainoastaan
niissä tapauksissa, joissa lääkäri ei kiinnittänyt
huomiota potilaan elämismailmaan tai muu-
hun potilaalle tärkeään merkitykseen: potilaan
ilmaisema voimaantuminen heikkeni, potilas
konstruoi hoito-ohjeiden laiminlyönnin mah-
dollistavan toimintamallin (tupakoinnin jatka-
minen), ja viivästetyssä haastattelussa potilas
ilmaisi heikkoa hallinnan tunnetta kuntoutu-
mistaan kohtaan.

Tässä laadullisen tutkimuksen määrälli-
sessä tarkastelussa emme havainneet yhteyk-
siä potilaan elämismailman huomioinnin ja
potilastyytyväisyyden välillä. Tyytyväisyyttä
ilmaiseiden joukko oli potilaalle tärkeitä mer-



KUVA 1. Potilaan reflektio-konstruktio prosessi lääkärin vastaanotolla.

kityksiä huomioimattomassa ryhmässä 50 % ja huomioivassa ryhmässä 56 %. Potilaan hoitoa tukevaan konstruointiin ja voimaantumiseen sekä hallinnan tunteeseen omaa kuntoutumista kohtaan yhteys näytti vahvalta. Näissä kategorioissa positiivisesti mainittujen joukko kasvoi 35 %:sta 63 %:iin ja negatiivisesti mainittujen osuus väheni 19 %:sta 1,9 %:iin.

Monitapaustutkimukseen valitut tapaukset

Seuraavassa esittelemme viisi potilasvastaanottotapausta. Potilaan agendalla tarkoitetaan käynnin syyn lisäksi potilaan haastattelussa ilmaisemaa tai potilaan puheesta havaittua odotusta tai toivetta vastaanottokäynnille.

TAPAUS 1. Keuhkolääkäri – monivaivainen potilas. Potilaan agenda: Potilas kärsii uniapneasta, ylipainosta ja mielenterveysongelmista, jotka yhdessä haittaavat arkea ja työntekeä. Potilas on valmiiksi motivoitunut hoitamaan asiansa kuntoon, mutta myös ennakkoiluloinen terveydenhuollon asennetta ja auttamiskykyä kohtaan.

Keskustelu: Lääkäri tunnistaa vaivan ja sen merkityksen potilaalle, antaa potilaalle aikaa ja kuuntelee. Lääkäri on sairaus- ja hoitokeskeinen, mikä vahvistaa potilaan luottamusta. Potilasta rohkaisee lääkärin vakuutus, että hoidon onnistumisprosentti on hurjan hyvä.

Reflektio: Potilaan puheesta havaitaan tietoista, afektiivista ja erottelevaa reflektiivisyyttä vastaanotolla käytyyn keskusteluun. Hän vaikuttaa voimaantuneelta ja päättää kuntoutumisen toimintasuunnitelmasta.

Oppiminen: Lääkäriltä saamiensa tietojen ja ohjeiden perusteella potilas rakentaa itselleen toimintamallin,

jolla tulee tukemaan omaa kuntoutumistaan. Potilas osaa soveltaa vastaanottamaansa tietoa, hyväksyy sen ja toimii oma-aloitteisesti paranemisensa hyväksi.

Johtopäätös: Vaikka lääkäri ei käsittele elämää, niin merkitys löytyy silti. Vaikuttaa siltä, että potilaalle sairauden yhteys omaan elämään ja arkeen on niin vahvasti tiedostettu, että paranemisen edistämisen halu on jo olemassa. Kasvanut luottamus terveydenhuollon haluun ja kykyyn auttaa ja ratkaisun toimivuuteen on potilaalle riittävä voimaannuttaja.

TAPAUS 2. Keuhkolääkäri – raskas hoitajakso. Potilaan agenda: Vakava sairaus on uusiutunut, ja raskaat hoidot ovat jälleen odotettavissa. Niiden kestäminen on potilaalle valmiiksi tietoisesti merkityksellinen asia. Edellisen hoitajakson aikana toinen lääkäri oli laskenut leikkiä rohkaisevalla ja voimaannuttavalla tavalla.

Keskustelu: Lääkäri on empaattinen ja kuunteleva, ja tunnelma on hyvä. Se vahvistaa luottamusta ja antaa toivoa.

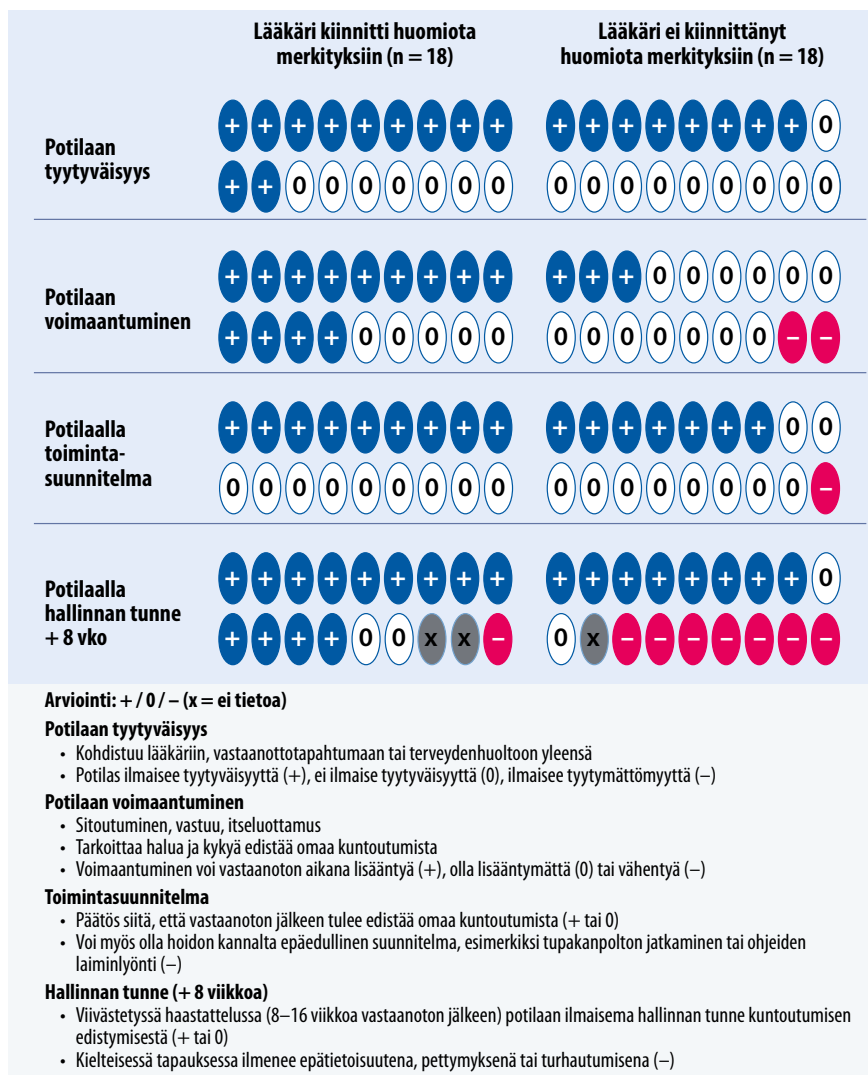
Reflektio: Potilas pohtii uskomuksiaan ja tuntemuksiaan. Potilas oli jo vastaanotolle tullessaan voimaantunut. Lääkäri tunnistaa ja säilyttää voimaantumisen, ehkä vahvistaakin sitä.

Oppiminen: Jo aiemmat kokemukset ovat opettaneet potilasta suhtautumaan sairauteen ja hoitoon. Potilas osaa soveltaa vastaanottamaansa tietoa, hyväksyy sen ja toimii myös oma-aloitteisesti oman paranemisensa hyväksi.

Päätelmä: Potilaan kuunteleminen auttaa lääkärää ymmärtämään, miten potilas kokee merkityksiä ja si-toutuu hoitoon.

TAPAUS 3. Ortopedi – kipu haittaa liikkumista. Potilaan agenda: Potilas on alle 70-vuotias liikunnallisesti elänyt nainen. Kipu haittaa liikkumista ja arkea, eikä potilas voi tehdä sellaista, mitä haluaisi.

Keskustelu: Lääkäri kiinnittää huomion elämismailmaan kysymällä maastossa liikkumisesta ja marjastuk-



KUVA 2. Havaintoja vastaanottotilanteista. Vaikutus potilaaseen, kun keskustelussa lääkäri kiinnitti huomiota potilaan elämämaailmaan ja vaivan merkitykseen siinä.

sesta. Lääkäri myös suhteuttaa potilaan vaivoja hänen tilaansa, mikä on hyvin ja mikä huonommin. Se herättää ajattelemaan odotuksia siitä, missä kunnossa on mahdollista olla.

Reflektio: Potilas herää pohtimaan odotuksiaan voin-
tinsa suhteen: ”mä odotan ja vaadin iteltäni samaa, mutta kun ajattelen, että en ole niin nuori enkä terve ja saan olla vähän huonompi kuin ennen, niin se tekee sel-
laisen hyvän olon.”

Oppiminen: Uuden tavan oppimisen seurauksena potilas osaa ehkä entistä paremmin suhtautua tulevaan hoitoon ja odotettavissa oleviin hoitotuloksiin.

Päätelmä: Merkityksellistäminen potilaan arkimaailman ja sairauskokemuksen kautta näytti herättävän potilaassa reflektion, jonka seurauksena hän osoitti voi-

maantumista ja tyytyväisyyttä ja oppi suhtautumaan vaivaansa ja hoitoon uudella tavalla. Merkityksellistä-
mispuhe ja sitä koskeva keskustelu käytiin vastaanoton alussa, ja se kesti minuutin ja 41 sekuntia, kun koko vas-
taanotto kesti 12 minuuttia ja 51 sekuntia. Lyhyt aikain-
vestointi merkityskeskusteluun näytti vaikuttavan poti-
laan asenteeseen ja voimaantumiseen suuresti.

TAPAUS 4. Ortopedi – veteraaniurheilija. Potilaan agenda: Potilas on noin 70-vuotias veteraaniurheilija. Urheilu on hänelle tärkeä elämän sisältö ja myös ylpey-
den aihe. Harjoituksessa tullut kipu rajoittaa liikuntaa huomattavasti ja estää kilpaurheilun. Potilas haluaa ki-
vun pois voidakseen jatkaa kilpaurheilua ja pitääkseen itsensä hyvässä kunnossa.

Ydinasiat

- ▶▶ Potilaaseen vaikuttaminen edellyttää tietoa potilaalle tärkeistä merkityksistä.
- ▶▶ Lääkärin huomio potilaalle tärkeisiin merkityksiin auttaa potilasta sitoutumaan hoitoon.
- ▶▶ Jos lääkäri kiinnittää huomion pelkästään vaivaan tai sairauteen, mahdollisesti merkittävä osa diagnoosin ja hoitopäätöksen kannalta tärkeästä tiedosta jää ottamatta huomioon.
- ▶▶ Potilaalle tärkeiden merkitysten tunnistaminen auttaa lääkärinä ohjaamaan keskustelua hoidosta.

Keskustelu: Potilas tuo useaan otteeseen esiin liikuntaharrastuksensa, mutta lääkäri ei huomioi sitä mitenkään. Lääkäri on tunnistanut kivun aiheuttaneen löydöksen ja keskustelee yksinomaan siitä. Kahdentoista minuutin aikana katsotaan neljä kertaa näytöltä 3,5 cm suuruisista löydöistä, joka lääkärin mukaan on helposti poistettavissa pienellä rutiinitoimenpiteellä. Lääkäri ehdottaa ensin toimenpidettä, mutta potilaan epäroidessä toimenpiteestä luovutaan ja päätetään seurata kehitystä kolme kuukautta.

Reflektio: Keskustelu siirtää potilaan huomion elämästä vaivaan. Vaivan merkitys jää taka-alalle ja huomio on löydöksessä ja toimenpiteessä. Jälkihaastattelussa käy ilmi, että potilasta pelotti mahdollinen hoidosta aiheutuva kipu, mutta sitä hän ei kertonut. Viivästetyssä haastattelussa potilas kertoo, että vaiva ei ole poistunut ja oma kunto on heikentynyt nopeasti. Halu saada elämää ja arkea haittaava vaiva pois on jälleen vahvistunut.

Oppiminen: Vastaanoton jälkeen potilas on epä tietoinen ja hämmentynyt. Potilas tietää ohjeistuksen ja ottaa sen vastaan, mutta ei usko siihen eikä osaa toimia oman kuntoutumisensa hyväksi.

Päätelmä: Hoitotoimenpiteitä tukevia merkityksiä ei keskustelussa synny. Potilaassa havaittava tietoinen reflektiivisyys vaikuttaa sitoutumisen kannalta epäedulliseen suuntaan. Vastaanotolle tullessa vahva halu saada elämää ja arkea suuresti haittaava vaiva pois vaihtuu huomioon 3,5 cm:n suuruisesta löydöksestä ja hoidon kivuliaisuuden pelkoon. Lääkäri ei kysynyt eikä kuunnellut potilaan elämää, arkea ja tuntemuksia koskevia viestejä eikä sen vuoksi voinut ottaa niitä huomioon hoitopäätöksessä. Lääkäri ei myöskään tunnistanut potilaan toimenpiteestä kieltäytymisen todellista syytä, pelkoa toimenpiteeseen liittyvästä kivusta.

TAPAUS 5. Ortopedi – synnynnäinen vika. Potilaan agenda: Potilaalla on synnynnäinen vika, ja hän toivoo apua. Potilas on treenannut paljon ja yrittänyt saada kuntonsa mahdollisimman lähelle normaalia.

Keskustelu: Lääkäri toteaa tutkimuksen aikana, että ”et ole saanut hyviä kortteja.”

Reflektio: ”Kortit” painuvat potilaan mieleen, ja hän toistaa sen vastaanoton aikana kerran ja vastaanoton jälkeen molemmissa haastatteluissa kaksi kertaa. Lääkärin sanoilla vaikuttaa olevan voimakas tunnevaikutus, joka aiheuttaa toivottomuuden tunnetta ja heikentää voimaantumista.

Oppiminen: Potilas tietää ohjeistuksen ja ottaa sen vastaan, mutta kyky toimia oma-aloitteisesti kuntoutumisensa hyväksi vaikuttaa jopa heikentyneen.

Päätelmä: Nopeasti ohikiitävä oivalluksen hetki voi muuttaa perusoletuksia. Vaikka lääkärin puhe näytti heikentävän potilaan voimaantumista ja kykyä oma-aloitteiseen kuntoutumisensa hoitoon, se juuri siksi vahvistaa käsitystä lääkärin viestinnän vaikutusmahdollisuuksista. Lääkärin puheella voi olla suuri merkitys siihen, miten potilas vastaanoton jälkeen oma-aloitteisesti edistää kuntoutumistaan.

Pohdinta

Tutkimusaineistossa kiinnittää huomiota se, että lääkäri voi muutamalla kysymyksellä tai potilaan elämän arjen näkökulmalla viedä keskustelun potilaalle tärkeisiin merkityksiin ja käynnistää potilaassa reflektoinnin, joka lisää voimaantumista ja vaikuttaa hoitoon. Kukaan aikuinen potilas ei tule vastaanotolle täysin avoimin mielin. Jokaisella on mukana monimuotoinen eletty elämä, joka ohjaa sitä, mitä potilas kuulee ja ymmärtää lääkärin puheesta, miten sen ymmärtää ja mitä päätelmiä hän vuorovaikutuksesta tekee.

Tutkimustulostemme mukaan potilaan elämismaailma voi sisältää diagnoosin ja hoitopäätöksen kannalta tärkeää tietoa. Jos lääkäri kiinnittää huomion pelkästään vaivaan, potilaan hoidon kannalta tärkeää tietoa voi jäädä ottamatta huomioon ja oleellinen osa mahdollisuudesta vaikuttaa potilaan valmiuksiin ja kykyyn toimia omaa kuntoutumistaan edistävällä tavalla voi jäädä hyödyntämättä. Ne merkitykset, jotka mahdollistavat potilaalle omaa kuntoutumista ja hoitoa tukevaan toimintaan ryhtymisen, voivat perustua potilaan elämään, arkeen, arvoihin, perustarpeisiin, hengissä py-

symiseen tai johonkin muuhun. Lääkäri ei voi niitä ymmärtää keskustelematta potilaan kanssa tämän tilanteesta, arvostuksista ja tarpeista. Ilman sitä tietoa potilaaseen vaikuttaminen on enemmän sattumanvaraista kuin suunnitelmallista ja johdonmukaista.

Terveystieteiden voimaantumisen merkitys tunnustetaan varsinkin teoreettisena käsitteenä (12), mutta käytännön näytöstä on vielä vähän tietoa (13). Potilaan osallistamisen merkitys hoitoa koskevaan päätöksentekoon hyväksytään laajalti, mutta osallistamisen keinoista peräänkuulutetaan lisää tutkimustietoa (14). Elämämaailman ja lääketieteen maailman käsitteiden esiintymistä lääkärin ja potilaan keskustelussa on pohdittu jo 1980-luvulla. Tämä tutkimus tuo näistä aiheista havaintoaineistoon perustuvaa lisätietoa. Erityisesti yksi tämän tutkimuksen potilastapausta havainnollisti selvästi väittämän, että vastaanotoilla lääketieteen ääni hiljentää potilaan oman elämämaailman äänen (2,3). Esimerkkitapauksessa havaittiin potilaan omaan parantumiseen kohdistuvan aloitteellisuuden heikkeneminen ja vaivaa ja hoitoa koskevien huolien kasvaminen.

Menetelmän arviointi

Monipuolinen tieto terveydestä, sairauksista ja hoidosta edellyttää määrällistä ja laadullista tutkimusta (12). Kahden erikoisalalan poliklinikkavastaanotoilta kerätty aineistomme antaa huomioita siitä, minkälaiset lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen ilmiöt nousevat näissä tapauksissa esiin ja miten teoreettisesti muodostetut oppimismallit näytävät näissä tapauksissa toteutuvan. Käytimme myös määrällisiä menetelmiä laadulliseen tutkimusaineistoon. Lukumääräisesti pienen aineiston havaintoja käytetään huomion kohdistamiseksi ilmiöihin, joita on syytä tutkia tarkemmin. Määrällistä arviointia varten aineiston näyttöarvo on heikko silloinkin, kun vastaavuuksia kuvaavat arvot ovat korkeita.

Tutkimuksen vahvuuksina pidämme tähän asti vähän tutkitun lääkäri-potilasviestinnän näkökulman avaamista sekä laadullisen tutkimusotteen tuomaa mahdollisuutta tarkastella sellaisiakin ilmiöitä, joita ei etukäteen ole osat-

tu kysyä. Tutkimuksen heikkoutena voidaan arvioida aineiston analysointiin liittyviä tutkijan subjektiivisuuden riskejä. Silloin, kun potilaan tai lääkärin vastaanotolla tai haastattelussa ilmaisemia asioita sijoitetaan eri kategorioihin, tulkinnalle jää varaa. Sen vuoksi tässä esitettävää analyysia varten litteroiduista tallenteista poimitut sitaattit esitetään internetaineistossa (**INTERNETLIITE 1**) sellaisenaan. Sitaattien luokittelun määritelmät esitetään **TAULUKOSSA 2**. Tutkijan läsnäolon voi ainakin teoriassa olettaa vaikuttavan hoitotilanteeseen ja kommunikointiin siinä. Vaikutti kuitenkin siltä, että tutkija näytti unohtuneen hyvin nopeasti ja keskustelu kävi normaalina kahdenkeskeisenä dialogina. Näin kommentoivat myös useat lääkärit spontaanisti.

Vain kaksi erikoisalaa on tutkimuksessa edustettuna. Laadullisen tutkimuksen tehtävänä on tunnistaa ilmiöitä sekä analysoida niitä ja tehdä päätelmiä. Tutkimuksemme tuloksia ja päätelmiä voidaan mahdollisesti käyttää muilla erikoisaloilla ottaen kunkin alan erityispiirteet huomioon.

Lopuksi

Potilaan voimaantumisen kannalta edullista näyttää olevan merkityksen kokemus ja reflektointi. Terveys voi olla potilaalle merkityksellinen asia sinänsä, tai se voi olla elämässä ja arjessa tärkeiden asioiden mahdollistaja. Esimerkiksi lievä alkavan sairauden oire saattaa hätkähdyttää vasta sitten, kun potilas oivaltaa sen mahdolliset vaikutukset. Jos sairaus on vakava, sen merkitys itsessään on jo riittävän vahva sitouttamaan potilas hoitoon ja paranemisen edistämiseen. Lääkärin tulee kyetä tunnistamaan, miten merkityksellisyys kunkin potilaan kohdalla toteutuu. ■

HARRY KÖHLER, KTM, väitöskirjatutkija
Helsingin yliopisto / Valtiotieteellinen tiedekunta

PÄIVI RAUTAVA, LKT, tutkimusylilääkäri, ehkäisevän terveydenhuollon professori
Tyks / Tutkimuspalvelut, Turun yliopisto / Kansanterveystiede

VILLE VUORINEN, LKT, neurokirurgian dosentti
Tyks / Neurokirurgia, Turun yliopisto

KIRJALLISUUTTA

1. Köhler H, Rautava P, Vuorinen V. Hoitava viestintä – lääkärin ja potilaan keskinäisviestinnän vaikuttavuus. *Duodecim* 2017;133:735–41.
2. Mishler EG. The discourse of medicine: dialectics of medical interviews. Norwood: Ablex Publishing 1984.
3. Sorjonen ML, Peräkylä A, Eskola K. Keskukselu lääkärin vastaanotolla. Tampere: Vastapaino 2001.
4. Falvo DR. Effective patient education: a guide to increased adherence. 4. painos. North Carolina: Jones and Bartlett Publishers International 2011.
5. Rauste-von Wright M, von Wright J. Oppiminen ja koulutus. Helsinki: WSOY 1994.
6. Shafritz JM, Ott JS. Classics of organizational theory. Florida: Harcourt Brace Collage Publishers 2010.
7. Mezirow J. Transformative dimensions of adult learning. San Francisco: Jossey-Bass 1991.
8. Kessels R. Patients' memory for medical information. *J Royal Soc Med* 2003; 96:219–22.
9. Godwin Y. Do they listen? A review of information retained by patients following consent for reduction mammoplasty. *Br J Plast Surg* 2000;53:121–5.
10. Bloom BS, Engelhart MD, Furst EJ, ym. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals; Handbook I: Cognitive domain. 717. painos. New York: David McKay Company 1972/1956.
11. Novak J. D. Tiedon oppiminen, luominen ja käyttö. Jyväskylä: PS-Kustannus 2002.
12. Tuorila H. Potilaan voimaantuminen ei horjuta vaan tukee asiantuntijaa. *Duodecim* 2013;129:666–71.
13. Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ, ym. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS One* 2017;12. DOI: 10.1371/journal.pone.0186458.
14. Hultberg JCE. Rudebeck. Patient participation in decision-making about cardiovascular preventive drugs – resistance as agency. *Scand J Prim Health Care* 2017; 35:3:231–9.
15. Kylmä J, Vehviläinen-Julkunen K, Lähdevirta J. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? *Duodecim* 2003;119:609–15.

SIDONNAISUUDET

Harry Köhler: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Roche Oy),
yritysomistus (suunnittelutoimisto Köhler Oy)

Päivi Rautava: Korvaukset koulutus- ja kongressikuluista
(Roche Oy, MSD, MERCK Oy)

Ville Vuorinen: Ei sidonnaisuuksia

SUMMARY**The doctor communicates, the patient learns**

BACKGROUND. Communication is an important tool for the doctor. With the concept of constructive learning, we aim to evaluate the doctor's communication and its effect on the patient.

METHOD. For the qualitative approach study, six medical specialists and 36 patients were interviewed. Doctors and patients were interviewed, patients were also reinterviewed after a delay. Five visits at a doctor's office were chosen for a case study.

RESULTS AND CONCLUSIONS. In many appointments patients seem to reflect what they have heard and experienced, and build a mode of action that supports (or does not support) treatment and rehabilitation. By drawing attention to the patient's everyday life and making a couple of well-considered questions, a physician can initiate the patient's reflection that affects the treatment.